

مقدمو الرعاية الصحية: تقديم المشورة إلى المريض بشأن مخاطر دواء mifepristone. يتعين عليك أنت والمريضة تذييل هذه الاستمارة بتوقيع مكتوب أو إلكتروني.

اتفاقية المريض:

1. لقد قررت تناول دواء mifepristone و misoprostol لإجهاض حملي، وسأتبع مشورة مقدم الرعاية الصحية بشأن موعد تناول كل دواء وما يتعين فعله في حالة الطوارئ.
2. أدرك الآتي:
 - أ. سأتناول دواء mifepristone في اليوم الأول.
 - ب. سأتناول أقرص misoprostol بعد مرور 24 إلى 48 ساعة على تناول mifepristone.
3. تحدث ليّ مقدم الرعاية الصحية حول مخاطر الدواء، بما في ذلك:
 - النزيف الحاد
 - الإصابة بعدوى
4. سأتصل بالعيادة/المركز/مقدم الرعاية الصحية على الفور إذا أصبت في الأيام التالية لتناول العلاج بالأعراض التالية:
 - حمى تصل إلى 100.4 درجة فهرنهايت أو أعلى تستمر لأكثر من أربع ساعات
 - نزيف حاد (امتلاء فوطتين صحيّتين سميكتين بالحجم الكامل بالنزيف في الساعة الواحدة لمدة ساعتين متتاليتين)
 - ألم حاد في منطقة المعدة (البطن) أو اضطرابات أو في حالة "الشعور بالغثيان"، وتشمل الضعف أو الدوار أو القيء أو الإسهال، لمدة تزيد عن 24 ساعة بعد تناول misoprostol — قد تكون هذه الأعراض علامة على الإصابة بعدوى شديدة أو وجود مشكلة أخرى (تشمل حدوث حمل منتبذ، وهو حمل يحدث خارج الرحم).
- لقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية أن هذه الأعراض قد تتطلب رعاية طارئة. وإذا لم أتمكن من الوصول إلى العيادة أو المركز على الفور، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية بمن أتصل وماذا أفعل.
5. يجب أن أتابع مع مقدم الرعاية الصحية بعد 7 إلى 14 يومًا تقريبًا من تناول دواء mifepristone للتأكد من إجهاض حملي وأني بصحة جيدة.
6. أعلم أن العلاج لا يجدي نفعًا في بعض الحالات. وهذا يحدث مع 2 إلى 7 نساء تقريبًا من كل 100 امرأة تتناول هذا العلاج. إذا استمر حملي بعد تناول دواء mifepristone و misoprostol، فسأتحدث إلى مقدم الرعاية الصحية عن إجراء عملية جراحية لإجهاض حملي.
7. وفي حالة احتياجي إلى إجراء عملية جراحية بسبب عدم جدوى الأدوية في إجهاض حملي أو إيقاف النزيف الحاد، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية أنه سيقرر ما إذا كان سيقوم بإجراء العملية أو إحالتي إلى مقدم رعاية صحية آخر ليقوم بذلك.
8. لديّ "دليل العلاج" الخاص بدواء mifepristone.
9. أجاب مقدم الرعاية الصحية عن جميع أسئلتني.

توقيع المريض: _____ اسم المريض (مطبوعًا): _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم الرعاية الصحية: _____ اسم مقدم الرعاية الصحية (مطبوعًا): _____ التاريخ: _____